

Ateneo Argentino de Odontología
Unidad Operativa de la
UNIVERSIDAD FAVALORO





DISFUNCIÓN. PACIENTE

B. Lewkowicz.

http://campus.ateneo-odontologia.org.ar

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN EL PACIENTE ORTODONCICO

- Asignatura ortodonciaII

Directora Beatriz Lewkowicz

Beatriz Lewkowicz

Disfuncion-ATM-diagnostico y tratamiento

- **1.1 Funcionalidad del sistema**
- **1.2 Disfuncion miofuncional--DDM**
- **1.3 Trastornos de la ATM**

(cuadro1)

Disfuncion y Ortodoncia

LA MANDIBULA SE RELACIONA CON EL MACIZO CRANEOFACIAL POR

- **LAS ARTICULACIONES TEMPORO MANDIBULAR**
  ARTICULACIÓN CONTINUA Y BILATERAL
- **LA OCLUSION DENTARIA**
  ARTICULACION DISCONTINUA
- **COMPLEJO MIOFUNCIONAL**
  VINCULACION DINAMICA

(

(cuadro2)

DOCENTE
POSICIÓN ORTOPÉDICA FISIOLÓGICA DE LA MANDÍBULA

(Okeson)

RELACIÓN MANDÍBULA –MAXILAR SUPERIOR

- **MÁXIMA INTERCUSPIDACION dentaria (PIC) CENTRADA**

- **CONDILOS se cierran apoyandose en los planos inclinados de la PARED POSTERIOR DE LA TUBEROSIDAD**

- **DISCOS CORRECTAMENTE INTERPUESTOS**

(cuadro3)

EXAMEN POSICION POSTURAL DE LA MANDIBULA

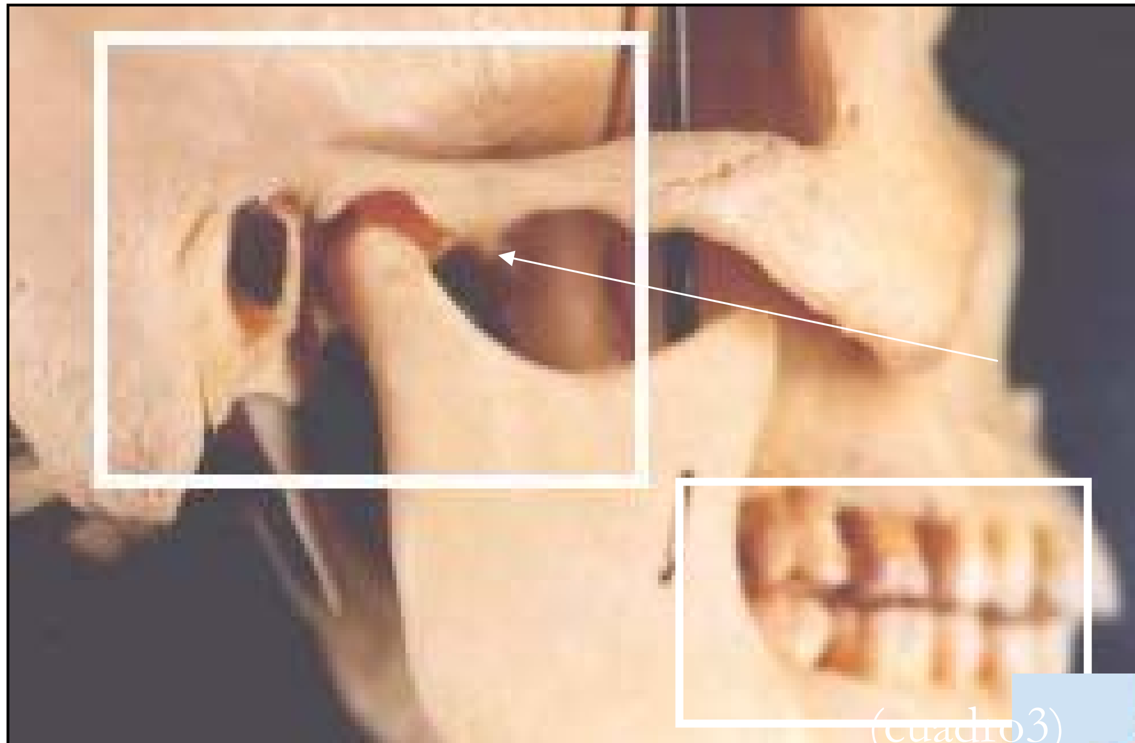
.

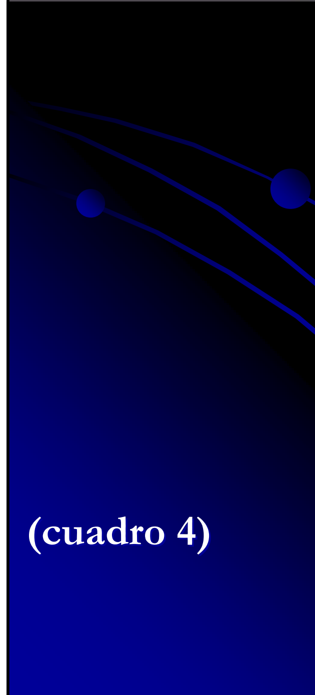
DEBE HABER

- **CENTRICIDAD FUNCIONAL MANDIBULAR**

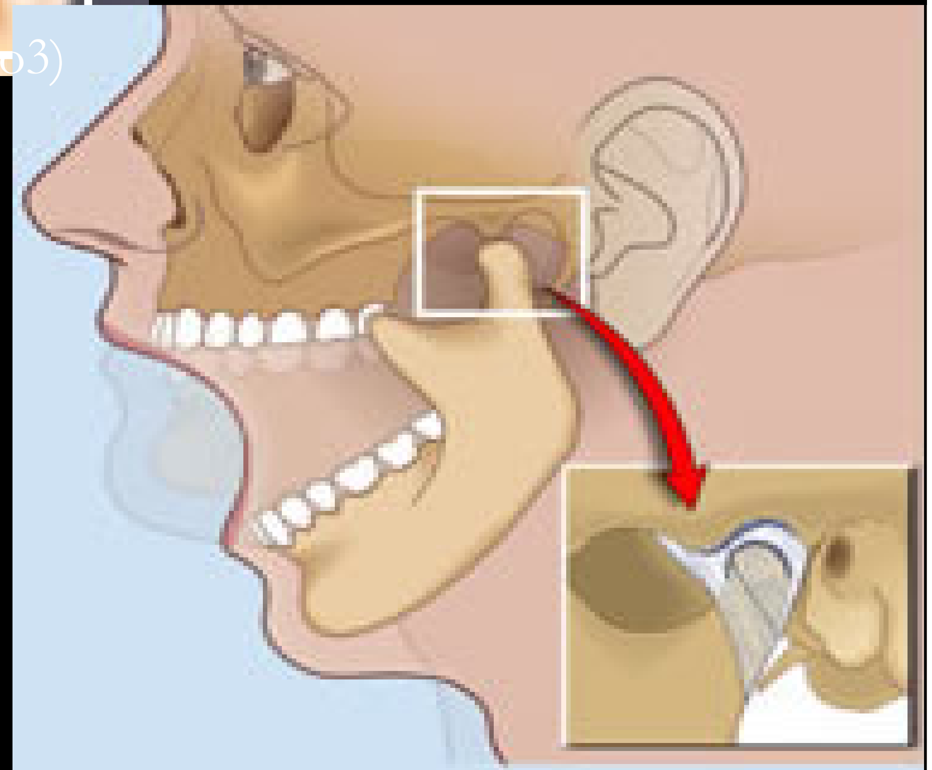
- **centricidad ATM en maxima intercuspidacion (PIC)**
- **ambos condilos en el centro de la cavidad glenoidea**
- **Condilos simétricos sobre tuberosidad en apertura máxima**
- **Centricidad oclusal, en los tres sentidos del espacio**
- **Maxima intercuspidacion (PIC)centrada**
- **Armonia de primer contacto- Maxima intercuspidacion.**
- **Trayectoria incisiva sin desviación y desoclusion sector posterior de la oclusion**
- **Lateralidad con apoyo canino o de grupo y no contacto lado de no trabajo**

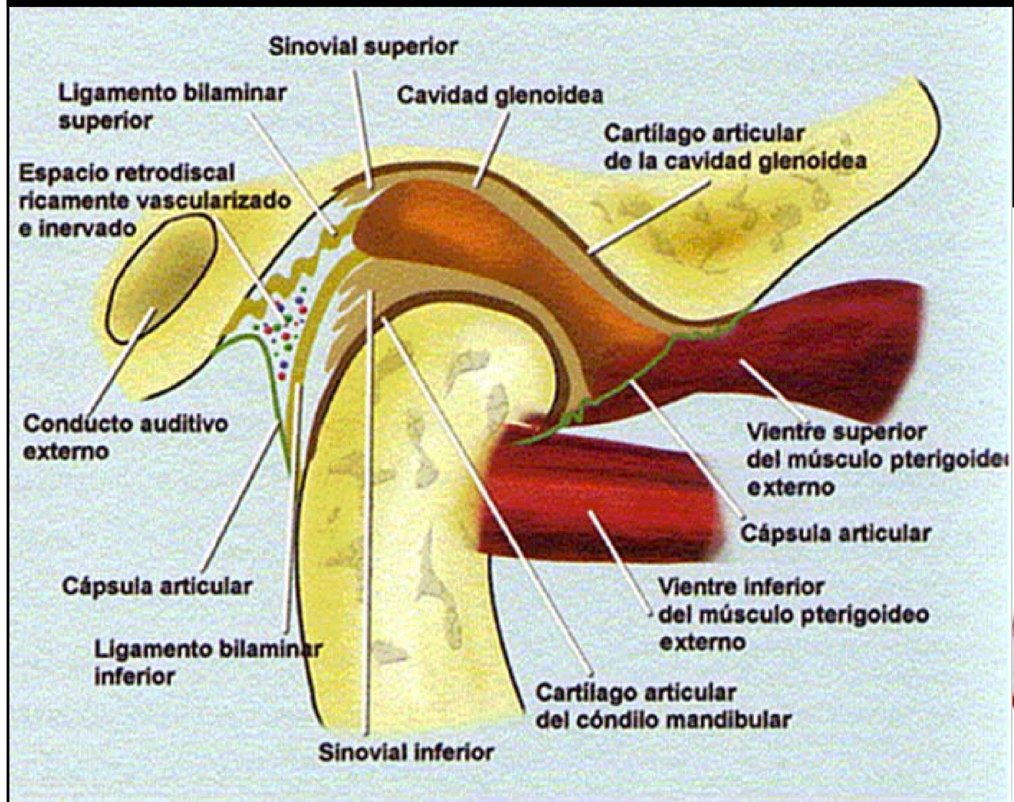
(cuadro 5)

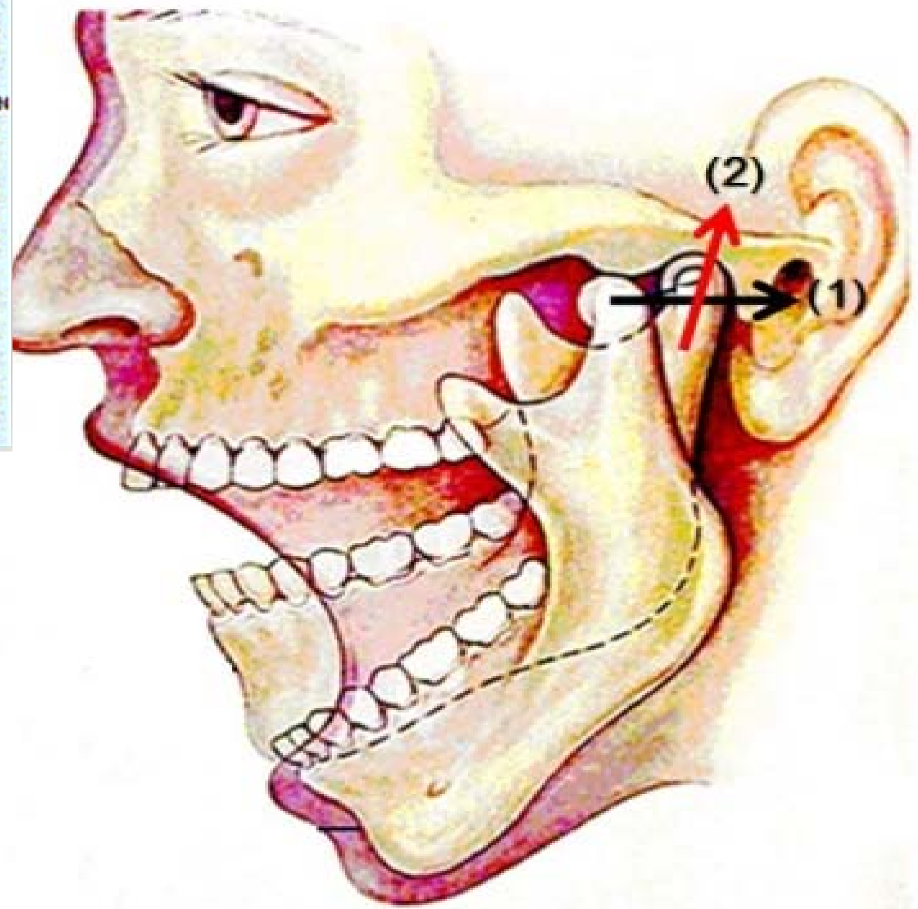

(cuadro3)


(cuadro 4)



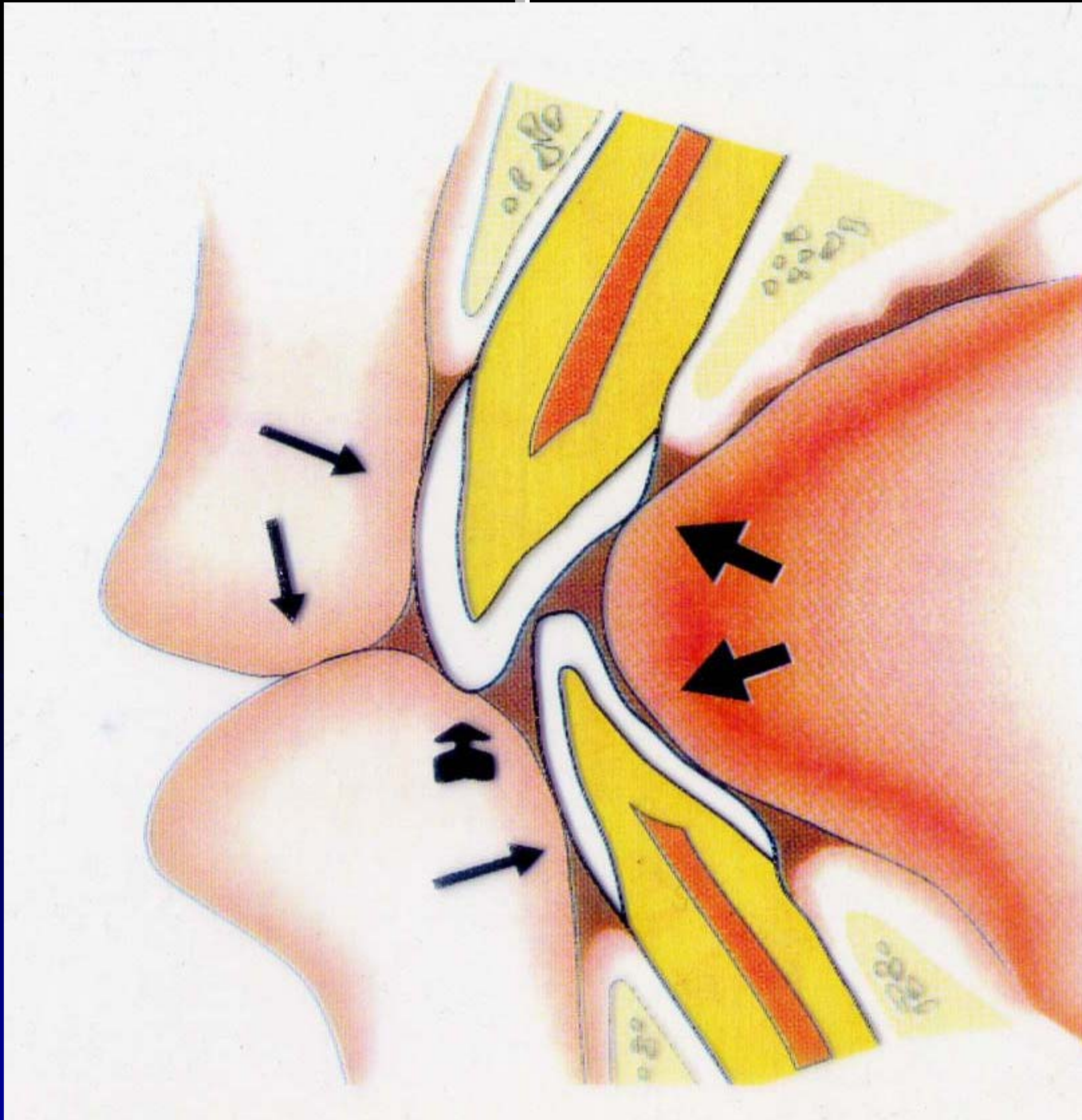



Sinovial superior
Ligamento bilaminar superior
Cavidad glenoidea
Cartílago articular de la cavidad glenoidea
Espacio retrodiscal ricamente vascularizado e inervado
Conducto auditivo externo
Vientre superior del músculo pterigoide externo
Cápsula articular
Cápsula articular
Vientre inferior del músculo pterigoideo externo
Ligamento bilaminar inferior
Cartílago articular del cóndilo mandibular
Sinovial inferior


(2)
(1)

(cuadro 5)

Acoplamiento anterior



equilibrio de fuerzas
musculatura labial -lingual – periorales

(cuadro 6)

DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

Involucran

la articulacion temporomandibular

- TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES (TTM)

las estructuras musculares asociadas

- DISFUNCION MIOFUNCIONAL DOLOROSA (DDM)
- ALTERACIÓN RELACION CRANEO-CERVICAL
- ALTERACIÓN OCLUSAL

(cuadro7)

Diagnostico - Metodologia

Conocer

- **Demanda**
- **Sintomas**

cuestionario cerrado
evaluando autopercepcion

- **Entrevista**
- **Anamnesis**

Etiopagenia
Síntomas

- **Examen clinico**

Examen funcional de la oclusión
Funciones masticación-deglución-fonación
Parafunción -bruxismo

- **Imágenes**
- **secuencia**

Asociado a examen clinico-hallazgos

1. Panoramica
2. Extraoral
3. Resonancia
4. Tomografia

(cuadro 9)

a) ¿Siente dolor en la región de la articulación del maxilar, zona preauricular? ☐ I ☐ D
b) ¿Siente dolor en los oídos? ☐ I ☐ D
c) ¿Siente dolor alrededor de los ojos? ☐ I ☐ D
d) ¿Siente dolor en la mandíbula inferior? ☐ I ☐ D
e) ¿Siente dolor en el maxilar superior? ☐ I ☐ D
f) ¿Siente dolor en el cuello? ☐ I ☐ D
g) ¿Siente dolor en el hombro? ☐ I ☐ D
h) ¿Siente dolor en la nuca? ☐ I ☐ D
i) ¿Siente dolor en las sienes? ☐ I ☐ D
j) ¿Siente dolor en la cara? ☐ I ☐ D
k) ¿Percibe ruidos en la articulación? ☐ I ☐ D
l) ¿Ha experimentado pérdida de audición subjetiva? ☐ I ☐ D
m) ¿Siente chasquidos, golpes o sonidos? ☐ I ☐ D
n) ¿Ha experimentado vértigo o mareo? ☐ SÍ ☐ NO
o) ¿Siente náuseas, malestar estomacal? ☐ SÍ ☐ NO
p) ¿Ha sufrido dolor de cabeza sin causa justificada? ☐ SÍ ☐ NO
q) ¿Experimenta una sensación de oído tapado? ☐ I ☐ D
r) ¿Siente dolor en la lengua? ☐ SÍ ☐ NO
s) ¿Tiene imposibilidad parcial al abrir la boca? ☐ SÍ ☐ NO
t) ¿Suele tener dificultades al tragar los alimentos? ☐ SÍ ☐ NO
u) ¿Suele sentir los brazos o las manos adormecidos? ☐ SÍ ☐ NO

2) ¿Sus síntomas afectan una o las dos articulaciones? ☐ I ☐ D ☐ ¿Ambas?
Si son ambas, ¿cuál es la más afectada? ☐ I ☐ D
3) ¿Desde cuándo recuerda haber tenido estos problemas?
4) ¿Ha sufrido algún golpe en la cara? ☐ SÍ ☐ NO
Explíquelo
5) ¿Tiene artritis cervical? ☐ SÍ ☐ NO
6) ¿Se ha sometido a tracción cervical? ☐ SÍ ☐ NO
7) ¿Usó corsé para su cuello? ☐ SÍ ☐ NO
8) ¿Ha sido sometido a otro tipo de tratamiento por este problema? ☐ SÍ ☐ NO
Si es así, explíquelo
9) ¿Se ha hecho ortodoncia? ☐ SÍ ☐ NO
10) ¿Le han extraído dientes por ortodoncia? ☐ SÍ ☐ NO
11) ¿Le extrajeron los dientes temporarios? ☐ SÍ ☐ NO
12) ¿Le han aplicado anestesia general? ☐ SÍ ☐ NO
13) ¿Ha tenido alergia cuando era niño? ☐ SÍ ☐ NO
14) ¿Le han hecho equilibrios dentarios? ☐ SÍ ☐ NO
Si es así, explique cuándo
15) ¿Atribuye estos síntomas a un accidente? ☐ SÍ ☐ NO

24) ¿Carga sobre sus hombros o en sus brazos objetos pesados tales como valijas, portafolios, bolsos, etc.? ☐ SÍ ☐ NO
25) ¿Realiza deportes, o ejercicios físicos habitualmente? ☐ SÍ ☐ NO
¿Cuáles? ....
26) Por favor, escriba cronológicamente el nombre y el tipo de profesionales que lo han visto por este problema ....
....
27) Por favor añada cualquier tipo de información relacionada que no haya sido cubierta por esta encuesta ....
....

Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral
Profesor Anibal Alonso-Jorge Albertini-Alberto
Buenos Aires. Panamericana.1999 ;21:555-556

(cuadro 10)

Relación etiopagenia-sintomas

Si el paciente refiere…

Interpretamos compromiso de…

- AUMENTA CON LA FUNCION?
- BRUXISMO?
- ALTERACION DE LA FUNCION?
- TRAUMATISMO??

→ **ALTERACION MIOFUNCIONAL**

- RELACION
- 1er. CONTACTO- OH-MI-RC-
- SENDA APERTURA Y CIERRE
- LATERALIDAD-PROTUSION

→ **ALTERACION OCLUSAL**

- PARADO
- SENTADO
- DURMIENDO

→ **ALTERACION POSTURAL POSICIONDE LA CABEZA**

- SIMETRIA BILATERAL
- ESPACIO INTRAARTICULAR
- RUIDOS ARTICULARES
- CONTINUIDAD CORTICAL

→ **ALTERACION ESTRUCTURAS ATM**

(cuadro11)

Demanda: Dolor



Ejemplo clinico 1 a.b.c.



Ateneo Argentino de Odontología

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Paciente:

HC:

Comprendo que la Ortodoncia es la especialidad de la odontología que se encarga de realizar movimientos dentarios para corregir maloclusiones y malposiciones dentarias. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y función de los dientes, la estética, masticación y fonación adecuadas.
Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento, descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento, beneficios, riesgos del tratamiento, posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo, riesgos personalizados por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento, por lo que debo informar a la Institución cualquier cambio en mi salud, debiendo presentar el informe médico correspondiente para adjuntarlo a mi Historia Clínica.
Los riesgos pueden ser: molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, así mismo entiendo que se pueden producir estas complicaciones u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.
He sido instruido en el cuidado de la aparatología ortodoncica, haciéndome responsable de su mantenimiento.
Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento. Se me podrá solicitar interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar riesgos y lograr el propósito del tratamiento.
He sido informado/a que la atención brindada en esta institución es de tipo docente y asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de especialistas docentes.
Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad y la utilización de los mismos sólo con fines académicos.
Comprendo plenamente que la responsabilidad asumida por el ortodoncista tratante, se refiere exclusivamente al tratamiento ortodoncico, y ante la necesidad de tratamientos complementarios, quirúrgicos, periodontales y/o protésicos, seré consultado antes de su realización, ya que pueden prolongar y/o comprometer los resultados del tratamiento ortodoncico.
He comprendido la posibilidad de que los dientes puedan moverse postratamiento y la necesidad de utilización de aparatología de contención.
Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación. También brindo mi aprobación a que se efectúen modificaciones en el diseño del tratamiento, en tanto ello sirva a mi mejor interés.
Se me ha explicado que se me darán las indicaciones para el cuidado de mi salud bucal, manteniendo una higiene adecuada, las cuales me comprometo a cumplir, así como a asistir a las citas y controles que me sean indicados.
Me siento en condiciones y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan, por lo que en tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO a esta Institución A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE.

.... Firma y sello profesional

.... Firma Paciente mayor de 18 años o Padre/madre/tutor paciente menor de edad.
DNI:



Ateneo Argentino de Odontología

Fecha 21/02/14. Historia Clínica Nº 26531.

LA INFORMACION REQUERIDA ES CONFIDENCIAL Y NECESARIA PARA INICIAR SU TRATAMIENTO

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre... NAVARRO LANDAVERRIA, GABRIELA ANA ......Edad... 33 ...Sexo... F ...

D.N.I: ... 28460512 ......Nacionalidad ... ARG ......Fecha de nacimiento... 05 ../.. 10 ../.. 1980

Domicilio... SANTIAGO DEL ESTERO ......Nº... 1939 ...Piso... PB ...Dto... 14 ...

Localidad... C. A. B. A. ......Cod.Postal 1136 ...T.E. 43045872 ......CEL......

e-mail ... LANDAVERRIA@GMAIL.COM ......

Ocupación ... DOCENTE / MÚSICO ......Estudios: Primarios ☐ Secundarios ☐ Terciarios ☒

-Cuál es el motivo de la consulta?... ORTODONCIA – DISFUNCIÓN ......

-Tiene obra social ó seguro de salud? Cuál?... UP ......Cubre odontología? Sí ☐ No ☐

-Donde concu...

Consultori... ☐ Otra Institución ☐

-Indique Nom... No recuerdo/No tengo ☒

-Quién lo der...

Su odont... ...ciente ☐ Otro ☒

Tiene herma... ...entino de Odontología?

... NO ...

Completar ... **os siguientes casos:**

- **Pacient...** ... **encargado.**
- **Datos d...**

Datos del ...

Apellido y N... ...D.N.I. Nº......

Ocupación. ...

Datos de ...

Apellido y ... ...N.I. Nº......

Ocupación ...

Datos de...

Apellido y ... ...N.I.Nº......

Ocupación ...

FIRM... ... ODONTOLOGIA ...
...CLARACION

2. ANTECEDENTES MEDICO ODONTOLOGICOS

Marque con una cruz aquello que corresponda

2.1 Indique nombre y apellido de su odontólogo: No posee

2.2 Quién lo deriva a la Institución?

- 2.2.1 ☐ Su odontólogo
- 2.2.2 ☐ Otra Institución
- 2.2.3 ☐ Un familiar
- 2.2.4 ☐ Otro paciente
- 2.2.5 Se atendió en la adolescencia.

2.6 Motivo de su consulta

- 2.6.1 ☒ Maloclusiones (Ortodoncia /Ortopedia)
- 2.6.2 ☐ Implantes
- 2.6.3 ☐ Disfunción (Dolor - Problemas de articulación)
- 2.6.4 ☐ Periodoncia (Problemas de encías)
- 2.6.5 ☐ Cirugía
- 2.6.6 ☐ Prótesis
- 2.6.7 ☐ Odontopediatría (Niños)
- 2.6.8 ☐ Endodoncia (Trat. de conducto)
- 2.6.9 ☐ Radiología
- 2.6.A ☐ Operatoria (Caries)

...sulta por dolor? Sí ☐ No ☒

¿Dónde?

2.7 Come pastillas, caramelos u otros dulces entre las comidas? Sí ☐ No ☒

2.8 Le sangran las encías cuando se cepilla? Sí ☐ No ☒

2.9 Tiene movilidad en alguna pieza dentaria? Sí ☐ No ☒

2.A Ha recibido tratamiento de Ortopedia u Ortodoncia? Especifique edad y duración del tratamiento. Sí ☒ No ☐
entre los 15 a 18 años.

2.C ...bió Ud. algún golpe importante en la cabeza ó en la cara? Sí ☐ No ☒

2.D Tiene problemas al mover la boca? Notó problemas al

- 2.D.1 Masticar Sí ☐ No ☒
- 2.D.2 Bostezar Sí ☐ No ☒

2.E Le hace ruido la mandíbula al abrir ó cerrar la boca? Sí ☐ No ☒

2.F Ha tenido usted alguna lesión o enfermedad en la boca? Sí ☐ No ☒

... Tiene ó tuvo:
2.G.2 Cirugías en boca: CIRUGÍAS DENTALES POR ORTODONCIA.
2.G.3 Cirugías en

...) Esta usted bajo atención médica? Motivo Sí ☐ No ☒

colaboración.

1) Si Ud. Experimenta alguno de los síntomas que se enumeran a continuación ello indica que hay alguna alteración en su sistema masticatorio.

	IZQUIERDA	DERECHA
a) ¿Siente dolor en la región de la articulación del maxilar o Zona preauricular	....	....
	IZQ	DER
b) ¿Siente dolor en los oídos?	X	....
	IZQ	DER
c) ¿Siente dolor alrededor de los ojos?	....	....
	IZQ	DER
d) ¿Siente dolor en la mandíbula inferior?	....	....
	IZQ	DER
e) ¿Siente dolor en el maxilar superior?	....	....
	IZQ	DER
f) ¿Siente dolor en el cuello?	....	....
	IZQ	DER
g) ¿Siente dolor en el hombro?	....	....
	IZQ	DER
h) ¿Siente dolor en la nuca?	....	....
	IZQ	DER
i) ¿Siente dolor en las sienes?	....	....
	IZQ	DER
j) ¿Siente dolor en la cara?	....	....
	IZQ	DER
k) ¿Percibe ruidos en la articulación?	....	X
	IZQ	DER
l) ¿Ha experimentado perdida de la audición subjetiva?	....	....
	IZQ	DER
m) ¿Siente chasquidos, golpes o sonidos?	....	....
	SI	NO
n) ¿Ha experimentado vértigo o mareo?	....	X
	SI	NO
o) ¿Siente náuseas, malestar estomacal?	....	X
	SI	NO
p) ¿Ha sufrido dolor de cabeza sin causa justificada?	X	....
	IZQ	DER
q) ¿Experimenta una sensación de oído tapado?	X	....
	SI	NO
r) ¿Siente dolor en la lengua?	....	X

....

....

....

15) ¿Atribuye estos síntomas a un accidente? SI ....
Si es así, explíquelo

....

....

....

16) ¿Le han inyectado Cortisona en la articulación? SI ....
Si es así:
¿cuándo?...
¿cuántas veces? ....

17) ¿Toma Ud. algún medicamento? SI ....
Indique el tipo y desde cuándo lo viene haciendo

....

....

....

18) ¿Sabe Ud. si aprieta los dientes? SI ....

19) ¿Le han dicho si frota los dientes durante el sueño? SI ....

20) ¿Mastica chicles? ¿Con frecuencia? .... ¿A veces? .... ¿Nunca?....

21) ¿Tiene algún familiar con el mismo problema? SI ....

14) ¿Le han hecho equilibrios dentarios? ....

Si es así, explique cuándo

....

....

....

SI NO

15) ¿Atribuye estos síntomas a un accidente? ....X..

Si es así, explíquelo

....

....

....

SI NO

16) ¿Le han inyectado Cortisona en la articulación? ....X..

Si es así:

¿cuándo?...

¿cuántas veces? ....

SI N

17) ¿Toma Ud. algún medicamento? ....X..

Indique el tipo y desde cuándo lo viene haciendo

....

....

....

SI N

18) ¿Sabe Ud. si aprieta los dientes? ....X..

SI N

19) ¿Le han dicho si frota los dientes durante el sueño? ....X..







Caso clinico 1





Caso clinico 1

trayectoria de
apertura
en



7.2 POSICION DE PRIMER CONTACTO INTERARQUIAL TONICO

- Sentado en posición postural (sin apoyar la espalda) y cerrar la boca con el menor esfue muscular (que el paciente señale con el dedo, sin hablar, donde percibe el primer contacto) A nivel de Premolares Izquierdo.
- RELACION CON MAXIMA INTERCUSPAL (oclusión céntrica) A nivel Premolarico Izquierdo
  Coincidencia bilateral (o percibe diferencia) lado Izquierdo
  Primer contacto en relación protrusiva Sector Anterior
  Primer contacto lateral (derecha / izquierda)
  lateral sup con canino (n) lateral sup con lateral inferior

7.3 POSICION CON RELACION CENTRICA

- Paciente reclinado (apoyando espalda y cabeza)
- Coincide con oclusión céntrica
- Contracturado (ofrece resistencia a ser llevado a R.C.) el masetero Izq.
- Desliza hacia derecha / izquierda

7.4 DESPLAZAMIENTO DE LOS CONDILOS AL ABRIR

- (Percibido por palpación)
- Bilateral simétrico
- Unilateral (sale primero) Derecho / izquierdo

- clic ruido, se sentó del lado derecho.
- lado izq. duele el pterigoideo externo.
- Co.
- la molestia aumenta con el mov.

7.5 DOLOR

- Espontáneo al abrir o en otros movimientos Molestia.
- Al palpar músculos del sistema estomatognático y ATM NO.

8 . DIAGNOSTICO FUNCIONAL

9. HABITOS

- Interposición del labio inferior
- Interposición de la lengua
- Contracción del músculo mentoniano
- Bruxismo NO
  (facetas – dolor – restricción de apertura y/o de otros movimientos mandibulares)
- Otro





Caso clinico1)

1-c-d

RELACION POSTURAL- MIALGIAS

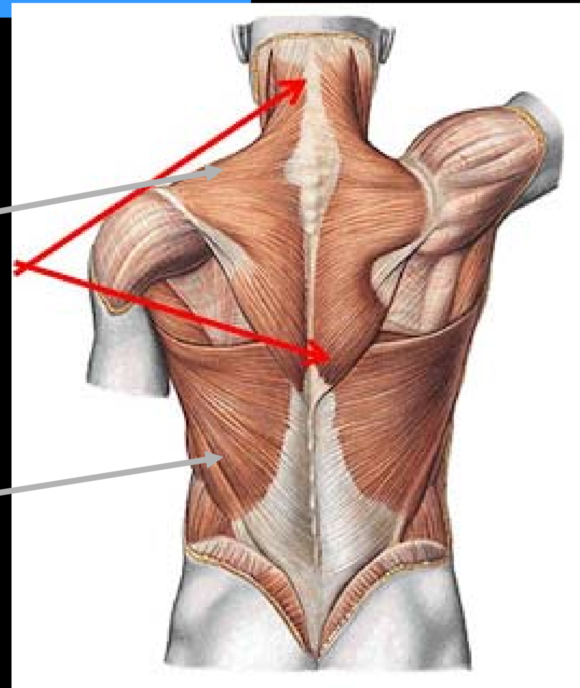


(1-e)





(1--f-g-h)







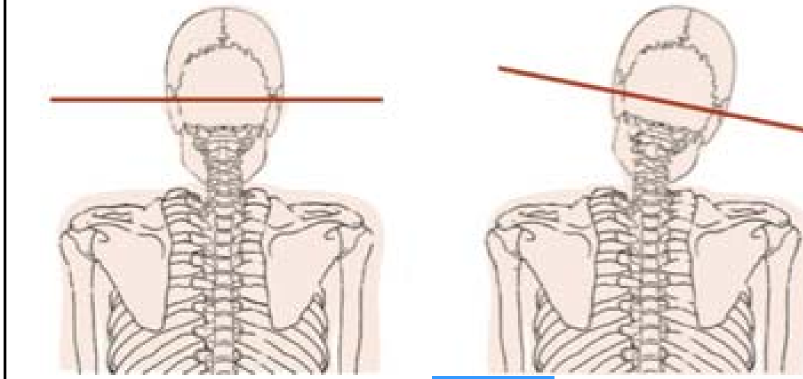
(1–i)



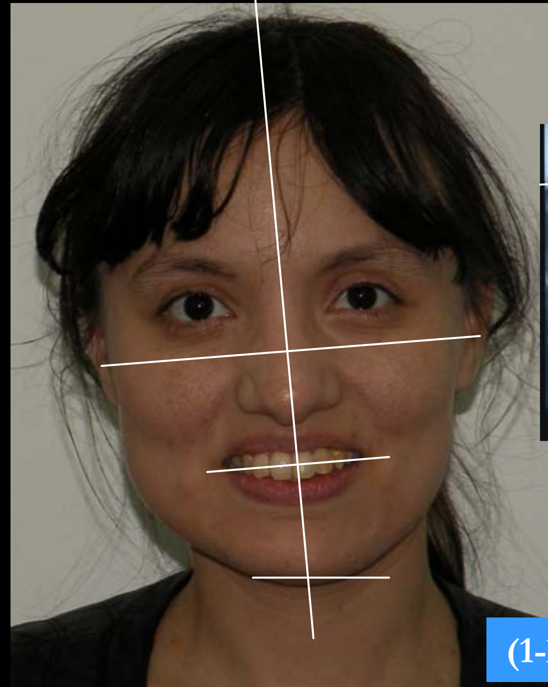
(1-j)

Caso clinico 1

Efecto de la postura en la ATM



(1.-k)

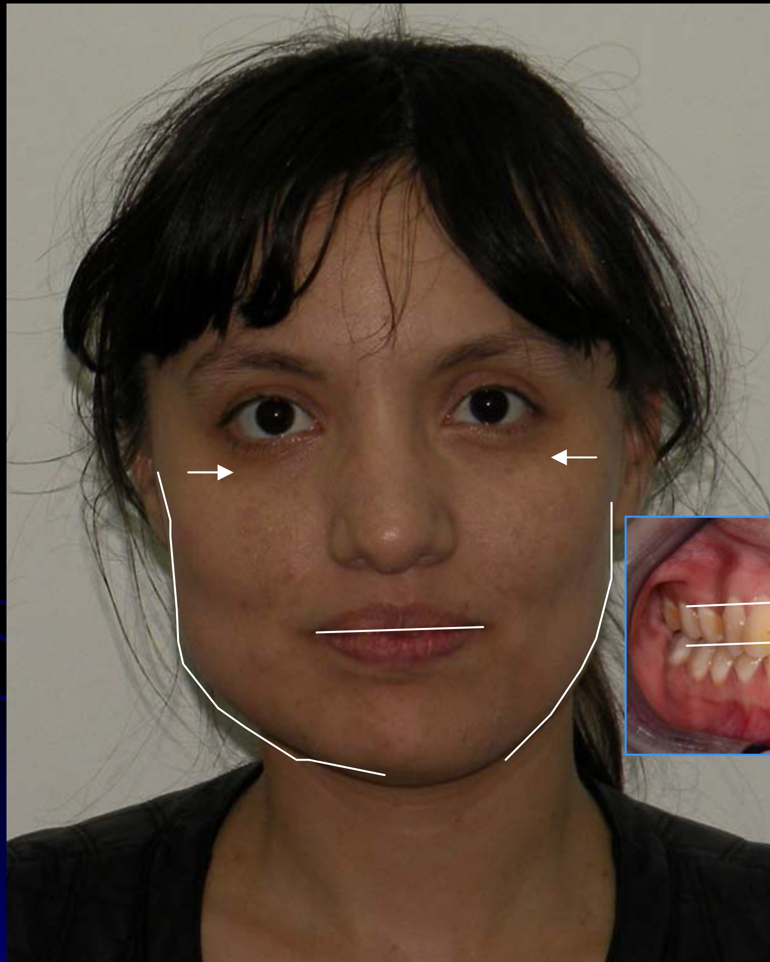


(1-l)



1-m)

(





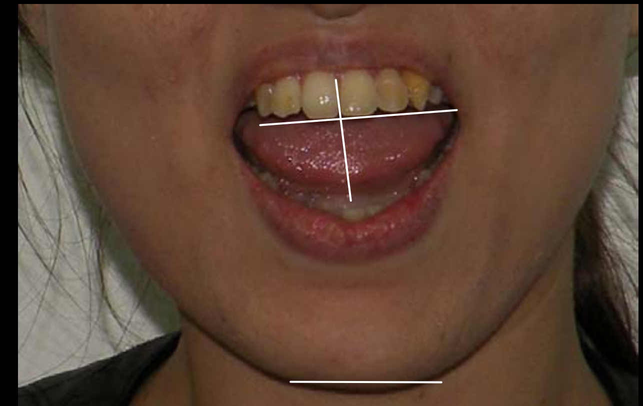


Ejemplo clinico 1 c-d-e

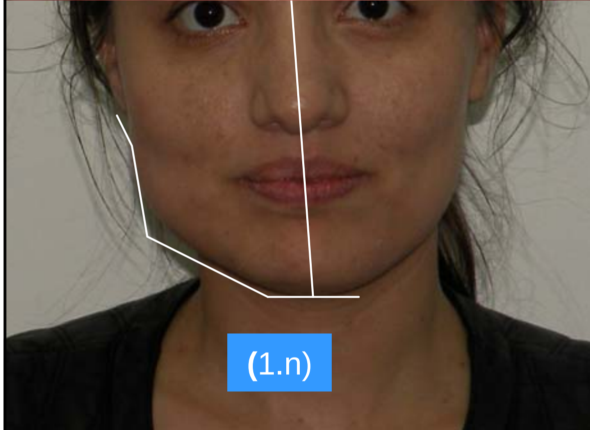




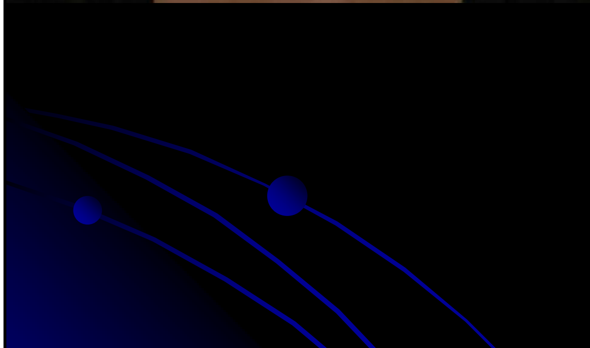
•(1-o)



(p-q)



(1.n)



7 . EXAMEN FUNCIONAL

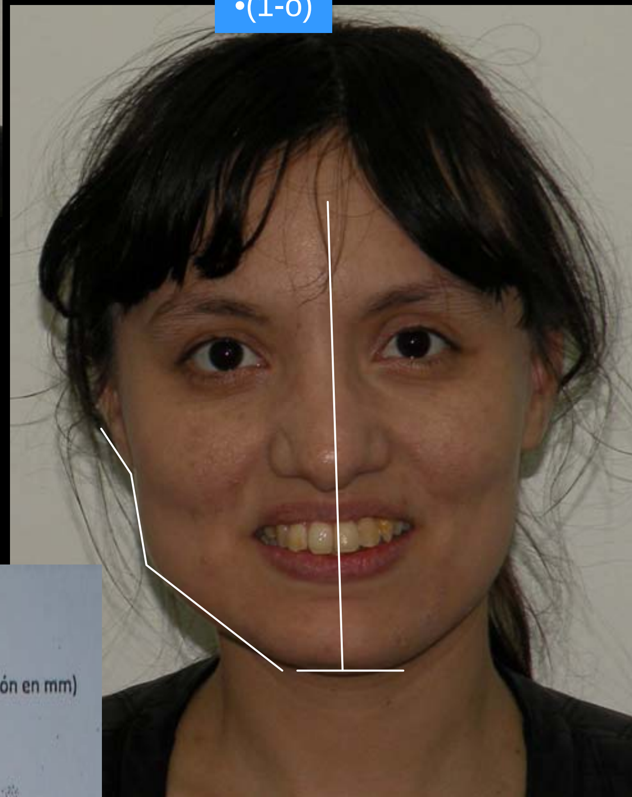
7.1 APERTURA

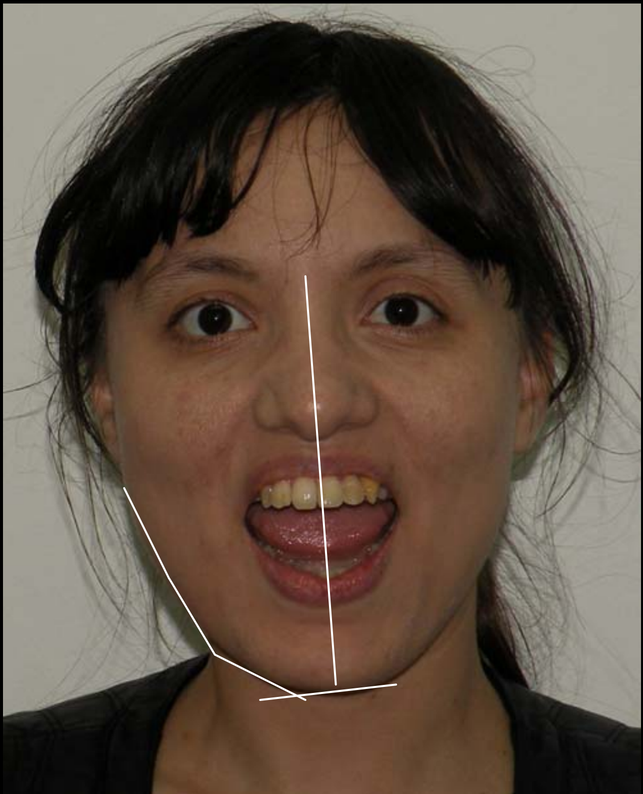
38 mm
marcar
trayectoria de
apertura
en

MOVIMIENTO LATERAL (restricción en mm)

Derecha Izquierda

(1.n)





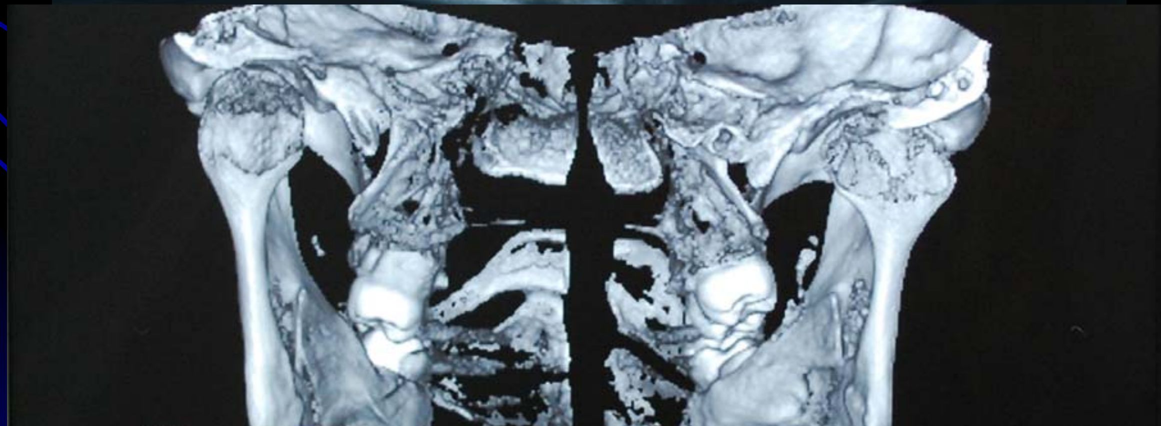


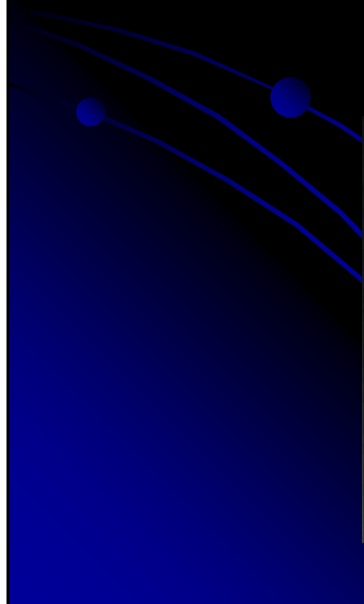
(caso clinico1-Q


97% Recontrucción 3D -Condilo Izquierdo-Radiografica

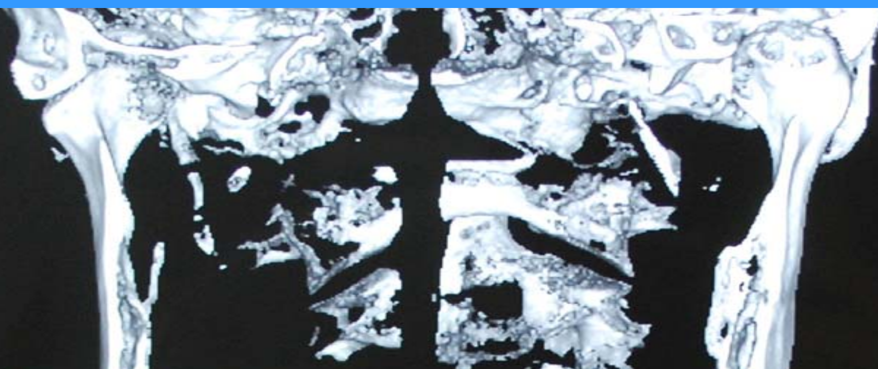


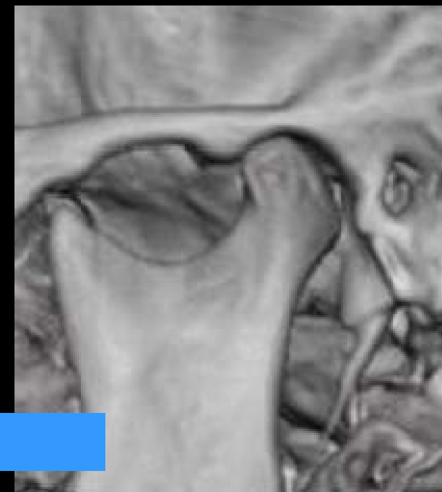




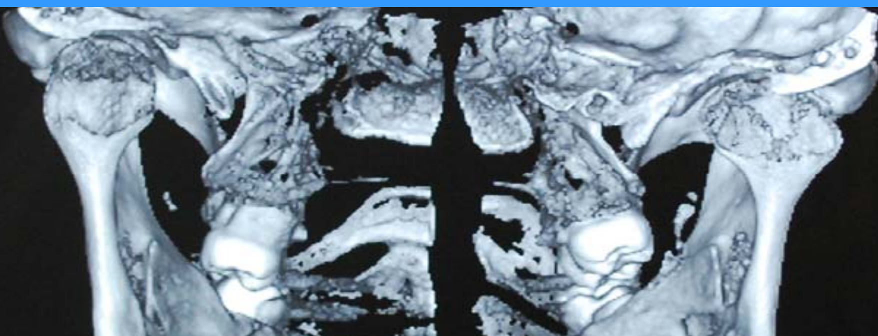


RECONSTRUCCION 3D ANTEROPOSTERIOR BICONDILAR

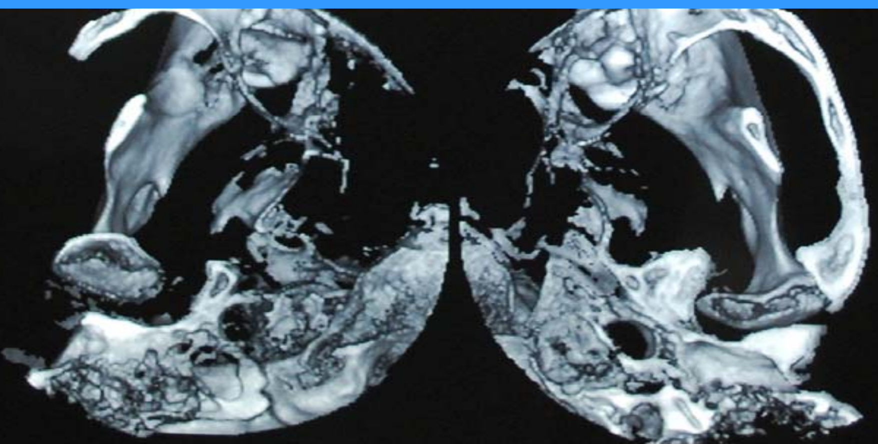




RECONSTRUCCION 3D POSTEROANTAERIOR BICONDILAR



BICONDILAR AXIAL RECONSTRUCCION 3D. SENTIDO CAUDAL



Relacion sintomas-signos-imagenes

Encuesta

Sintomas percibidos por el paciente:

- Dolor en el oido izquierdo
- Sensacion de oido tapado izquierdo.
- Ruido en ATM derecha
- Dolor de cabeza sin causa justificada
- Dolor aumenta con el movimiento.

Signos Clinicos

Apertura y cierre con zigzagueo

- Desviacion hacia la izquierda en apertura maxima
- Dolor del pterigoideo externo izquierdo.
- Dolor espontaneo durante la función.
- Restriccion en movimientoi de lateralidad izquierda.
- Contractura de masetero izquierdo ofrece resistencia al llevar a RC.
- Condilo derecho realiza el primer movimiento en apertura.

Imágenes

- Informe Tomografico
- Lado Derecho
- Espacio interarticular normal
- Ligera deformidad de cabeza de condilo

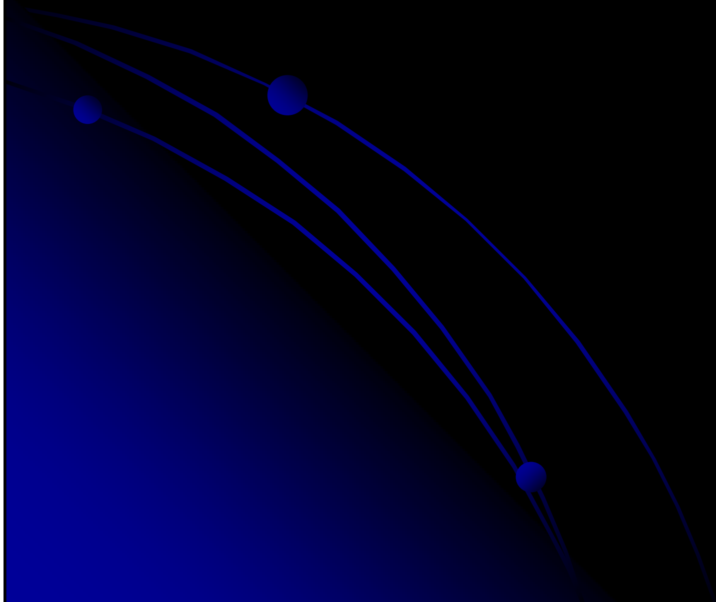
- Lado izquierdo
- Disminucion del espacio interarticular
- Deformidad del condilo en sector anterior del mismo
- **Osteoartrosis condilar**





26531
26531







Cef.: RICKETTS 32 Emitido : 05/05/2014 18:07:37

Dr/a.: PERIALE LILIANA Sistema Ceclacom

Imágenes

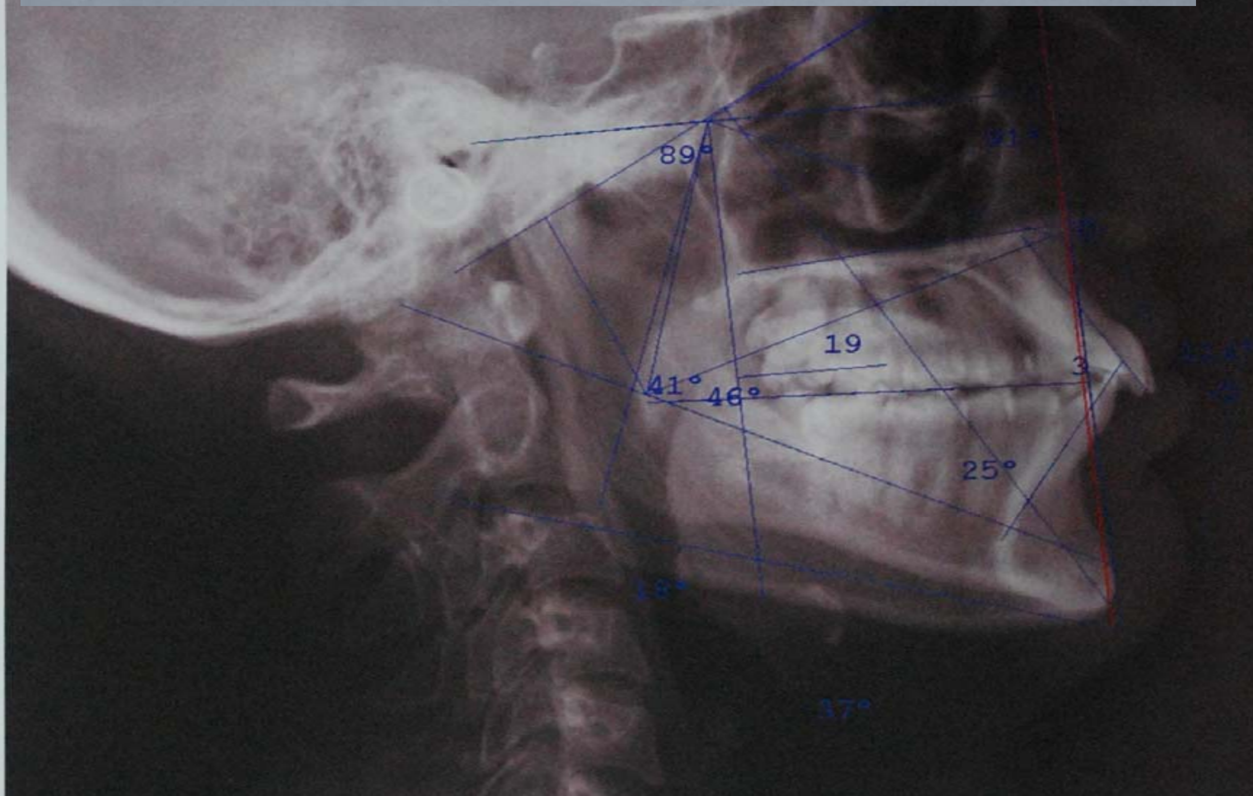
Análisis de la Línea de Mc Namara

Distancia	Dentición mixta Norma	Crec.x año	Dentición permanente Norma	D.S.	Valores Paciente
al Punto A	0 mm	0.1 mm	1 mm	±2.3	**0.34 mm**
al Punto Pg	-8 a -6 mm	0.5 mm	-2 a 4 mm	±4.5	**1.05 mm**

DETERMINACION DEL TIPO FACIAL **Diferencia de años: 7.25**

Factor	Norma 8.75a	Desv. Std.	Ajuste c. la edad	Norma Indiv.	Valor Pac.	Cantidad Desvíos
34 EJE FACIAL	90°00'	3°5'	No varía	90°00'	**89º19'**	-0.23
32 PROFUNDIDAD FACIAL	87°00'	3°00'	+0.3°/año	89°23'	**91º36'**	0.71
39 PLANO MANDIBULAR	26°00'	4°5'	-0.3°/año	24°36'	**18º43'**	1.32
15 ALTURA FACIAL INFERIOR	47°00'	4°00'	No varía	47°00'	**46º28'**	0.18
50 ARCO MANDIBULAR	26°00'	4°00'	+0.5°/año	30°37'	**41º46'**	2.77

VERT : 0.95 = Braqui




Ateneo Argentino de Odontología.

Paciente: Navarro C. Gab

HC: 26531.

/3/14 Apertura de Historia clínica, toma de modelos, Fotos
Se pidieron estudios

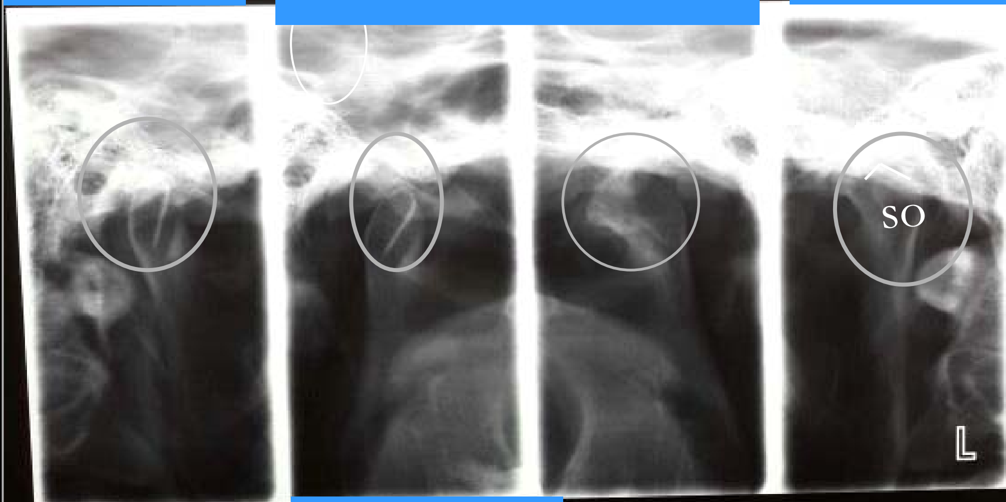
8/4/14 No trajo los estudios se volvieron a pedir.

7/5/14 montaje a articulador
Se pidió bracompres inf. p/ relajar masetero izq. Prox. Se arma max. Sup.









Caso clinico 1 -r

